

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E
REDES SOCIAIS PESSOAIS DE IDOSOS**



Ana Cláudia Mogo Viegas

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2014



SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E REDES SOCIAIS PESSOAIS DE IDOSOS

Ana Cláudia Mogo Viegas

Dissertação Apresentado ao ISMT para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica, Ramo de Especialização em
Psicoterapia e Psicologia Clínica.
Orientadora: Professora Doutora Sónia Guadalupe Abreu.

Coimbra, 2014

Agradecimentos

Chegada ao fim esta etapa, não posso ficar indiferente a todas as pessoas que me apoiaram nos diferentes momentos vividos e que assim contribuíram para o meu sucesso. Por estas razões, gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos:

À minha orientadora, Professora Doutora Sónia Guadalupe pelo acompanhamento, disponibilidade, paciência e motivação que me transmitiu ao longo deste trabalho.

Aos meus pais, pelo amor, pela dedicação, pela paciência em todos os momentos, pelas palavras de coragem e por acreditarem sempre em mim. O meu eterno agradecimento porque sem vocês o meu sonho não seria possível de ser realizado.

À restante família pelo apoio e preocupação.

A todos os meus amigos, pelo apoio e por todos os momentos partilhados durante estes anos de vida académica.

Por fim, e não menos importante, queria agradecer a todos os idosos que colaboraram e que assim contribuíram para a realização deste projeto de investigação.

Muito Obrigado a todos.

Resumo

Objetivos: O presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre a sintomatologia depressiva e as características estruturais, funcionais e relacionais-contextuais das redes sociais pessoais de idosos.

Metodologia: Para a avaliação das variáveis em estudo foram utilizados: um questionário para caracterização sociodemográfica e familiar do idoso; a *Geriatric Depression Scale Short Form 15* (GDS-15) (Yesavage et al., 1983; Almeida & Almeida, 1999) para avaliar os sintomas depressivos; o *Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal*, versão para idosos (IARSP – Idosos) (Guadalupe, 2010; Guadalupe & Vicente, 2012) para avaliar as dimensões da rede social pessoal.

Participantes: A amostra é constituída por 317 idosos, maioritariamente do sexo feminino (63,7%), com idades compreendidas entre os 75 e os 85 anos (44,5%); casados ou em união facto (50,5%) e com o 4º ano de escolaridade (51,1%). A maioria dos idosos inquiridos tem filhos (85,8%), vive na sua própria casa (77,0%) e não usufrui de qualquer tipo de apoio de resposta social (67,2%).

Resultados: Os resultados obtidos demonstram que os idosos do sexo feminino ($p = 0,003$), com idades entre os 75 e os 85 anos ($p < 0,001$), viúvos ($p < 0,001$) e sem apoio de respostas sociais ($p = 0,001$), são os que têm uma média mais elevada sintomatologia depressiva percebida. Ainda revelam estar menos satisfeitos com a sua rede social pessoal ($p < 0,001$). Por sua vez, os idosos sem sintomatologia depressiva apresentam uma média mais elevada no apoio material e instrumental ($p = 0,037$), no apoio informativo ($p = 0,001$), na companhia social ($p = 0,004$), no acesso a novos vínculos ($p < 0,001$), na reciprocidade de apoio ($p < 0,001$) e, demonstram ainda, estar “muito” satisfeitos com a sua rede social pessoal ($p < 0,001$).

Conclusões: O nosso estudo revela que as redes sociais pessoais dos idosos não se diferenciam a nível estrutural e contextual entre os que apresentam e os que não apresentam sintomatologia depressiva, mas diferenciam-se a nível funcional. Os idosos sem sintomatologia depressiva têm uma perceção de níveis de suporte superiores no apoio material e instrumental ($p = 0,037$), no apoio informativo ($p = 0,001$), na companhia social ($p = 0,004$), no acesso a novos vínculos ($p < 0,001$), na reciprocidade de apoio ($p < 0,001$) e na satisfação com a sua rede social pessoal ($p < 0,001$). A relevância da sintomatologia depressiva nos idosos em Portugal e a importância das suas redes sociais pessoais, conjugadas com a evidência empírica, aconselham a promoção e o desenvolvimento de estratégias psicológicas para promover redes sociais mais salutogéneas e suportativas.

Palavras-Chave: Sintomatologia Depressiva; Rede Social Pessoal; Idosos.

Abstract

Objetives: The present study aims to analyze the association between the depressive symptoms and the structural, functional and relational-contextual characteristics of the personal social networks of the elderly population.

Methodology: To assess the variables, we used a sociodemographic questionnaire, the Geriatric Depression Scale short form 15 (GDS 15) (Yesaves et al, 1983; Almeida & Almeida, 1999) to measure the depressive symptoms, and the Personal Social Network Analysis Tool (IARSP- elderly) (Guadalupe, 2010; Guadalupe & Vicente, 2012) to assess the dimensions of the personal social network.

Participants: Our sample includes 317 Portuguese elderly people. The majority are women (63.7%), aged between 75 and 85 years old (44.5%); married (50.5%) and with basic school education (51.1%). The majority of the elderly have children (85.8%), live in their own home (77%) and don't benefit from social services (67.2 %).

Results: The results showed that older women ($p = 0.003$), aged between 75 and 85 years old ($p < 0.001$), widowed ($p < 0.001$) and without support from social services ($p = 0.001$) are those that have a higher average of depressive symptomatology perception. These are the one that reveal to be less satisfied with their social network ($p < 0.001$). In the other hand, the elderly without depressive symptoms have a higher average in the material and instrumental support ($p = 0.037$), in the informational support ($p = 0.001$), in the social company ($p = 0.004$), access to new bonds ($p < 0.001$), reciprocity of support ($p < 0.001$) and are "very" satisfied with their social network ($p < 0.001$).

Conclusions: Our study shows that the personal social networks of elderly people do not differentiate at the structural and contextual level between those who present depressive symptoms and those who do not present depressive symptoms, but are differentiated at the functional level. Elderly without depressive symptoms have perceived higher levels of social support in material and instrumental support ($p = 0.037$), in informational support ($p = 0.001$), and in social company ($p = 0.004$), access to new bonds ($p < 0.001$), reciprocity of support ($p < 0.001$) and satisfaction with to their social network ($p < 0.001$). The relevance of depressive symptoms in the elderly in Portugal and the importance of their personal social networks, combined with empirical evidence, advise the promotion and the development of psychological strategies to promote more mental health-promoting and supporting social networks.

Keywords: depressive symptoms, social network, elderly.

Índice

Introdução	1
Objetivos	7
Materiais e Métodos	8
Participantes	8
Procedimentos	8
Instrumentos	9
Análise estatística	10
Resultados	11
Discussão e Conclusão	17
Bibliografia	25

Fonte da imagem da capa: <http://www.graficaebrindes.com/desenhos-fantasticos-feitos-com-lapis-e-caneta.html>

E-mail: anacmviegas@gmail.com

Introdução

O envelhecimento, devido à sua variabilidade e complexidade, torna-se um processo diferenciado em função das características pessoais, variando de indivíduo para indivíduo (Sequeira, 2007). Esta progressiva heterogeneidade deve-se à influência e interação de diversas variáveis intrínsecas e extrínsecas, tais como, características biológicas, culturais, cognitivas, sociais, emocionais e história de vida (Fonseca, 2007), ou seja, é influenciado por fatores endógenos e exógenos (Oliveira et al., 2008) que implicam um processo de transformação e mudança a nível biológico, psicológico e social (Sequeira, 2007). Desta forma, “o processo de envelhecimento faz parte integrante do desenvolvimento humano e é algo individual. Toda a pessoa que envelhece, envelhece de forma diferente do outro e a forma como se encara esse processo difere de cultura para cultura” (Rocha, 2007, p.25), implicando assim, alterações no relacionamento do indivíduo com a sua história, com o mundo e com o tempo (Mesquita & Portela, 2004 *in* Frumi & Celich, 2006).

Como tal, Cordeiro (2002, p.688 e 689) aponta o envelhecimento como “um período de grandes mudanças e permanente adaptação às novas condições de vida, todas elas mais ou menos marcadas pela limitação e pela perda, pois é essencialmente caracterizado pelo luto que a pessoa de idade vai ter de fazer de uma certa imagem de si próprio, como pessoa, como ser social, como membro da comunidade. Ao serem retirados os seus interesses, as suas atividades habituais, os seus amigos e familiares, toda a energia libidinal posta nestas relações pessoais e nestes investimentos sociais e profissionais, fica livre”. No entanto, não existe nenhuma definição unânime para o conceito de envelhecimento e é difícil determinar um critério rigoroso que defina a entrada na terceira idade, pois existem diversos fatores que contribuem para o envelhecimento, sendo este um fenómeno progressivo (Fontaine, 2000; Paúl, 2005; Sequeira, 2007). Além das alterações mencionadas anteriormente, o envelhecimento está também associado a um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas que podem convergir numa etapa designada *fase de patologia* (Castilho, 2010; Fontaine, 2000). Nesta podem surgir perturbações clínicas incapacitantes nas áreas cognitivas, afetivas e sociais, tal como a depressão.

A depressão geriátrica, segundo Marques et al. (1989 *in* Fernandes, 2000), resulta de três grandes determinantes: (a) determinantes ambientais, tais como, o isolamento e a falta de convívio social, a ausência de trabalho, a morte de cônjuge, e a desvalorização social e profissional; (b) determinantes genéticos predisponentes para a depressão em

idades tardias; e (c) determinantes orgânicos que se referem à enorme variedade de doenças orgânicas que podem apresentar sintomas desta natureza. Todos estes fatores influenciam a forma como o idoso se sente acerca de si e a forma como percebe o mundo que o rodeia (Alexopoulos, Katz, Reynolds, Carpenter & Docherty, 2001), construindo assim, uma imagem negativa de si mesmo, do mundo e do futuro, bem como de pensamentos involuntários negativos que giram em torno do *self* (Gotlib & Joormann, 2010; Kane, Ouslander, & Abrass, 2004) afetando diversos aspetos da vida quotidiana, tais como, o apetite, o sono, os níveis de energia e de fadiga, as relações interpessoais, o trabalho e as atividades sociais (Fernandes, 2000; Hell, 2009). Esta, do ponto de vista das perturbações da saúde mental, tem sido considerada uma das mais frequentes nos idosos (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006), sendo demonstrado por vários estudos que a taxa de prevalência de depressão, bem como, os sintomas depressivos na população idosa apresentam uma enorme variação (Copeland, 1987; Kay et al., 1985; Livingston et al., 1990; Mendes-Chiloff, 2006; Roberts, Kaplan, Shema, & Srawbridge, 1997; Santana & Filho, 2007; Sutcliffe et al., 2007; Veras & Murphy, 1994), tendo impacto negativo em todos os aspetos da sua vida (Ferrari & Dalacort, 2007). No entanto, não é específica deste grupo etário e não aumenta após os 60 anos (Fontaine, 2000). Segundo a American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) e o International Classification of Diseases (ICD-10) a depressão geriátrica define-se como a existência de síndrome depressiva em pessoas com 65 anos ou mais, em que o seu início pode ser antes ou depois desta idade (Alexopoulos, 2005 *in* Medeiros, 2010).

Atualmente, a depressão é uma perturbação com uma prevalência consideravelmente elevada (Campos, 2009). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2020 será a segunda perturbação que mais afetará os países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (Nascimento, 1999; Lafer & Amaral 2000 *in* Coutinho, Gantiès, Araújo et al., 2003).

Em Portugal, apesar da escassa informação sobre as doenças mentais, o censo psiquiátrico de 2001, da Direção Geral de Saúde, numa amostra de 66 instituições de saúde, apurou que a depressão foi a segunda patologia psiquiátrica mais frequente, com 14,9% dos casos (Bento, Carreira & Heitor, 2001 *in* Campos, 2009). Ainda, e apesar de não terem sido encontrados dados que possibilitem uma completa caracterização de Portugal, estima-se que na população geral a prevalência de perturbações psiquiátricas seja aproximadamente de 30% (Costa, *in* Paúl & Fonseca, 2005), sendo que, as perturbações depressivas podem atingir cerca de 20% da população, representando no âmbito das perturbações psiquiátricas a primeira causa de incapacidade nos países desenvolvidos (Ministério da Saúde, 2004). Já a OMS, estima que 1 em cada 10 idosos aproximadamente

sofram de depressão. Também Fraiman (1991) refere que a prevalência da depressão nos idosos seria quatro vezes maior do que na população em geral (Pimentel, 2010).

Fernandes (2000) referencia diversos estudos realizados em Portugal, sobre a prevalência da depressão geriátrica nos últimos 35 anos, tais como, o de Serra e Gouveia (1977) que estudaram um grupo de reformados de Unhais da Serra, em que observaram que os idosos do sexo masculino apresentavam uma percentagem ligeiramente superior (40%) de perturbações afetivas comparativamente com as idosas do sexo feminino; o de Barreto (1984) onde a prevalência da depressão numa comunidade idosa a norte do país é de 25%; o de Valente (1991) que concluiu que 35% dos idosos que frequentavam os centros de saúde de Lisboa apresentavam depressão; o de Seabra et al. (1991) realizara um estudo com idosos reformados no Algarve, e obtiveram uma prevalência de 72% de depressão e o de Silva (s.d.) que concluiu que os idosos institucionalizados num lar em Sintra tinham uma prevalência depressiva de 25,47%, enquanto no Centro de dia apresentaram uma percentagem de 14,29%.

Ainda outros estudos realizados evidenciam que alguns aspetos sociodemográficos encontram-se relacionados com a sintomatologia depressiva em idosos, ou seja, os sintomas depressivos estão interligados com fatores como a idade, o estado civil, a classe social e as condições sociais (Camarano, 1999 *in* Almeida & Almeida, 1999), ou ainda, com o sexo (Sousa, 2008). No que diz respeito ao género, diversos estudos realizados indicam que existe maior predomínio de sintomas depressivos nas mulheres (Byrne, 2002; Vaz, 2009), onde a percentagem (entre 12% e 20%) pode duplicar comparativamente com os idosos do sexo masculino (entre 6% e 10%) (Fontaine, 2000). Este predomínio verifica-se também em idosos separados ou viúvos (Costa, 2005), uma vez que os idosos casados apresentam menor risco de desenvolver sintomas depressivos (Beekman et al., 2001; Geerlings et al., 2000), com idades mais avançadas (Santos, 2002) e nos idosos com menor nível de escolaridade (Chiloff, 2006). Outras investigações apontam para que os níveis de sintomatologia depressiva sejam mais elevados em idosos institucionalizados do que em idosos que vivem nas suas residências (Barroso, 2006), assim como, os idosos que residem em zonas urbanas tendem a apresentar níveis mais elevados de perturbações do que os idosos que residem em zonas rurais (Blazer et al., 1992, *in* Fernandes, 2000).

Por outro lado, é fundamental realçar que a predisposição do desenvolvimento de depressão no idoso ainda pode estar associada às perdas progressivas vivenciadas, tais como, perdas do cônjuge, perdas dos laços afetivos (Stella, Gobbi, Corazza et al., 2002) e diminuição do suporte familiar (Garcia, Passos, Campo et al., 2006), levando conseqüentemente ao isolamento social (Stella, Gobbi, Corazza et al., 2002). Desta forma, percebemos a evidente importância que o contexto social, as redes sociais e de suporte

exercem na vida do idoso (Paúl, 2000), uma vez que o suporte social do idoso, assim como a sua rede de suporte social “alivia o *stress* em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença” (Rodin e Salovey, 1989, *in* Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003, p. 186).

Neste âmbito, Sluzki (1996, p.42) define as redes pessoais sociais como “a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas e define como diferenciadas da massa anónima da sociedade. Essa rede contribui para o seu próprio reconhecimento como indivíduo, para o seu papel, competência e protagonismo na sociedade e ainda para capacidade de enfrentar a adversidade ou outras situações de crise”, ou seja, é constituída pelos contactos sociais e pessoais com quem o indivíduo mantém proximidade, englobando os membros da família, amigos e vizinhos, da comunidade e pela sua frequência de contactos, que possibilitam ao indivíduo e/ou à família um apoio social e uma ajuda efetiva (Ramos, 2004). A rede pode ainda ser considerada uma fonte de suporte social e analisada em três dimensões: estrutural que se refere à organização da teia relacional; a funcional relacionada com as trocas e necessidades funcionais; e relacional-contextual que inscreve as relações no seu contexto específico (Guadalupe, 2010).

É impreterível que a rede social pessoal do indivíduo não é estática, estando sujeita consecutivamente a alterações ao longo do ciclo vital e particularmente na velhice. Sluzki (1997) indica-nos três fatores interligados entre si, com efeito cumulativo durante o processo de envelhecimento: a) a rede social contrai-se, os vínculos existentes reduzem-se por óbito, migração ou enfraquecimento das relações; b) as oportunidades para renovar a rede social, assim como a motivação para a renovar, diminuem progressivamente; c) os processos para a manutenção da rede torna-se mais difícil, à medida que a energia para a manutenção ativa dos vínculos diminui. Assim, a última etapa do ciclo vital é fortemente marcada por perdas, conferindo assim contração da rede e conseqüentemente menor oportunidade de sociabilização. Tais fragilidades das redes no processo de envelhecimento podem estar também associadas à vulnerabilidade pessoal, dificuldades ambientais e contextuais, situações de *stress* e relações conflituosas; ida para uma instituição; dificuldades nos processos de manutenção da rede; reforma e a diminuição das capacidades físicas e/ou cognitivas (Sluzki, 1996; Arias, 2009; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Rioseco, Quezada, Ducci & Torres, 2008).

Numa investigação sobre o processo de envelhecimento e as redes sociais pessoais, Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo (2001) concluíram que com o avançar da idade verifica-se uma significativa diminuição em todas as dimensões do tamanho da rede (Paúl et al., 2001).

Contudo é essencial esclarecer que a presença de uma rede social não significa de todo a garantia de existência de um suporte social forte. É importante referenciar que nem todos os elementos identificados numa rede social pessoal ou familiar dispõem de um suporte social garantido pela mesma. Sluzki (1997) refere que nas redes pessoais sociais integram-se níveis diferenciados de compromisso relacional: relações íntimas, relações pessoais com menor grau de compromisso e relações ocasionais. Assim, dependendo da sua natureza e composição por vezes as redes podem assumir-se como redes inócuas ou mesmo prejudiciais (Coimbra, 1990 *in* Guadalupe, 2010).

Reconhecida a importância das redes sociais pessoais, também não nos podemos esquecer do contributo do suporte social no funcionamento social do idoso, que segundo Saranson, Saranson e Pierce (1990) pode ser perspectivado em três modelos: (1) o modelo de rede, que se focaliza na integração social dos indivíduos num grupo e nas inter-relações que mantêm; (2) o modelo de suporte recebido, que incide no que a pessoa recebe ou refere ter recebido e (3) o modelo de suporte disponível, que diz respeito ao suporte que a pessoa acha que está disponível, se ela precisar.

Desta forma, o suporte social pode exercer uma influência positiva na saúde mental do idoso quando este é reconhecido pelo mesmo. No entanto, quando existe esta falta de perceção deste importante recurso informal pode induzir à baixa autoestima, à insatisfação, ao *stress* e a sintomas depressivos nos idosos (Cirelli, 1990).

Lin (1986) refere que os efeitos do suporte social na sintomatologia podem ser perspectivados de dois modos: (1) o suporte social é entendido como um indicador de integração individual no meio social, o que faz com que o mesmo exerça uma influência direta e positiva na saúde mental; mesmo quando a pessoa seja confrontada com acontecimentos inesperados e significativos e (2) o suporte social é entendido como mediador ou catalisador entre os efeitos possíveis dos diversos acontecimentos de vida e a saúde mental. Com o reconhecimento da existência de suporte social este pode atenuar o impacto dos fatores stressantes, uma vez que faculta aprendizagens adequadas de modelos de *coping* (Pinquant & Sorensen, 2000).

Esta ideia é reforçada por Smalbruge, Jongelis, Pot, Beekman & Eefsting (2005), que referem que a insatisfação com o suporte social percebido desenvolve o aumento do risco de depressão, sendo que quanto mais fraco for o suporte social do idoso, mais elevadas são as probabilidades de desenvolver depressão. Ou seja, quando o suporte social é ausente, assume um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais (Cid, 2008 *in* Rodrigues & Madeira, 2009), tal como a depressão. Assim sendo, há uma relação estreita entre o suporte social e o desenvolvimento de depressão (Oni, 2010).

Ainda, Guadalupe (2000) sublinha que, e apesar de considerar ser uma visão redutora, as redes sociais dos doentes mentais tendem a ser mais pequenas e restritas (concentradas essencialmente no quadrante familiar, sendo este também muito restrito), menos complexas, excessivamente coesas, potencial de apoio significativamente inferior e funções de apoio centradas em membros sobrecarregados, comparativamente com as redes sociais da população geral.

Constata-se portanto, que o suporte social fornecido pelas redes de apoio social é reconhecido como um amortecedor da doença física e mental, reduzindo o isolamento e melhorando a qualidade de vida (Cassel & Cobb, 1976 *in* Rodrigues & Madeira, 2009). Deste modo, cada vez mais estudos corroboram a tese que o risco reduzido de desenvolvimento de episódios de depressão *major* está associado a um elevado grau de suporte social, proporcionando o aumento das hipóteses de recuperação dos doentes com esta patologia. Quando recuperados verifica-se um aumento significativo na perceção do apoio social adequado, concluindo-se assim que o grau de alteração dos sintomas depressivos estão intimamente associados à existência de transformações significativas sobre o suporte social (Badger, 1996; Lara et. al., 1997 *in* Skarsater, Langius, Agren, Haggstrom & Dencker, 2005).

O suporte social é assim considerado como um fator satutogéneo promotor de saúde. Quando o indivíduo está sozinho e se sente doente, tende a aumentar a sua preocupação sobre a doença. No entanto, quando o apoio social é funcional, os comportamentos verificados anteriormente alteram-se, aumentando assim a sua capacidade de enfrentar acontecimentos dolorosos e difíceis, a autoestima descobrindo os seus potenciais, originando uma melhor qualidade de vida. (Pietrukowicz, 2001 *in* Rodrigues & Madeira, 2009).

Desta forma, as redes de apoio social são um importante recurso na vida dos idosos, não somente na otimização das condições objetivas derivado do fornecimento de apoio material e instrumental, mas também pelo determinante impacto que o apoio emocional demonstra ter no processo de envelhecimento (Guzmám et al., 2003).

Tendo em consideração a literatura revista, foram definidos os objetivos apresentados de seguida.

Objetivos

A presente dissertação integra o Projeto de Investigação “Redes Sociais Pessoais de Idosos”, em desenvolvimento no Departamento de Investigação & Desenvolvimento do ISMT e no Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE). O estudo pretende descrever e tipificar as redes sociais dos idosos portugueses quanto às suas características estruturais, funcionais e relacionais-contextuais, analisando intercessões com variáveis demográficas, familiares, relacionais, socioprofissionais, psicológicas, de saúde e de participação social. Integra diversos estudos seccionais, utilizando as metodologias quantitativas e de análise de redes sociais (*ego network analysis*).

Assim, o nosso estudo tem como objetivos: 1) descrever as características sociodemográficas dos idosos; 2) descrever as características estruturais, funcionais e relacionais-contextuais da rede suporte social pessoal dos idosos; 3) analisar diferenças de perfil sociodemográfico entre os idosos com ou sem sintomatologia depressiva; 4) analisar diferenças no perfil das características das redes sociais pessoais (estruturais, funcionais e relacionais-contextuais) entre os idosos com ou sem sintomatologia depressiva.

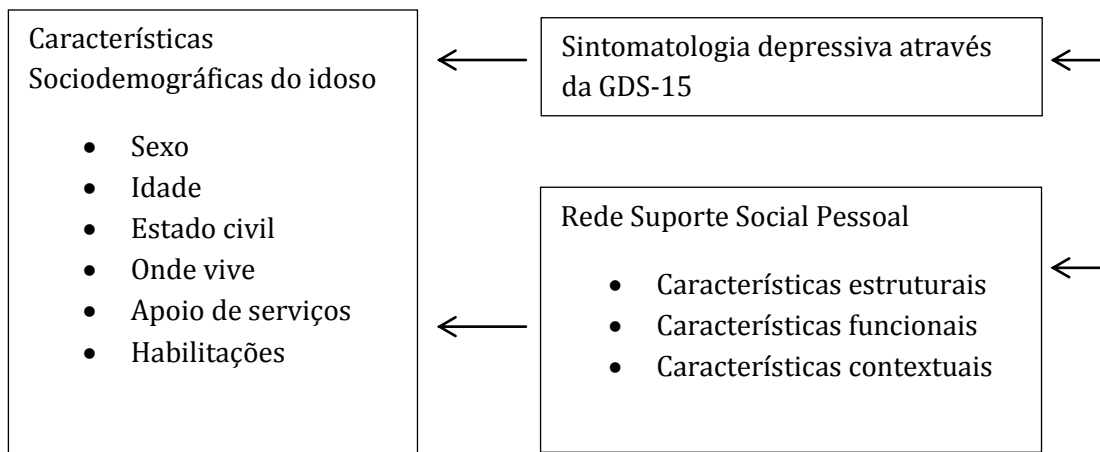


Figura 1. Modelo Analítico do Estudo.

A figura 1 apresenta o modelo analítico do nosso projeto de investigação, clarificando a interação das variáveis em causa.

Materiais e Métodos

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 317 idosos. A análise da distribuição por sexo indica que a amostra é composta maioritariamente por idosas do sexo feminino (n=202; 63,7%), enquanto que os idosos do sexo masculino representam 36,3% do total (n=115). Os idosos têm uma idade média de 77 anos (DP= 7,57), sendo a idade mínima de 65 anos e a idade máxima de 98 anos. No que concerne à distribuição por escalões etários, predominam os idosos do escalão 75-85 anos (n=141). No que se refere ao estado civil, 50,5% (n= 160) são casados(as) ou em união de facto, 35,0% (n=111) são viúvos, os solteiros(as) representam 9,8% (n=31) e, por último, 4,7% (n= 15) são divorciados(as) ou separados(as). Relativamente às habilitações literárias, a maioria tem a 4^a classe de escolaridade 51,1% (n=162), seguida pelos idosos que não sabem ler nem escrever 18,3% (n=58). Quanto à zona de residência, verifica-se que a maioria dos inquiridos estão inseridos em aglomerado populacional, vivendo, a grande maioria na sua casa (77,0%; n=244). É de referir que prevalecem na nossa amostra os idosos com filhos (85,8%; n=272) em relação aos que não têm (14,2%; n=45). Ainda relativamente ao apoio de serviços predominam os idosos que não têm apoio (67,2%; n= 213), comparativamente com os idosos que têm apoio institucional (32,8%; n=104).

Procedimentos

O presente estudo integrado no Projeto de Investigação “Redes Sociais Pessoais de Idosos”, da responsabilidade das Professoras Doutoras Sónia Guadalupe, Fernanda Daniel, Inês Amaral e do Professor Doutor Henrique Vicente, conta com uma equipa de dez licenciado(a)s, a desenvolver as suas dissertações de mestrado em Psicologia Clínica e em Serviço Social⁽¹⁾.

O projeto de investigação “Redes Sociais Pessoais de Idosos” utiliza um protocolo de recolha de dados com 8 secções de questões, a saber:

- Características sociodemográficas e familiares;
- Características socioprofissionais e de aposentação;
- (E)Migração;
- Saúde e qualidade de vida;
- Solidão e depressão;
- Satisfação com a vida, com relações interpessoais e *coping* resiliente;
- Participação social;
- Rede Social Pessoal.

Este protocolo inclui nove instrumentos padronizados, em versão integral ou parcial ⁽²⁾.

Neste estudo utilizamos a **Geriatric Depression Scale GDS Short Form 15** (Yesavage et al., 1983; Almeida & Almeida, 1999) e o **IARSP - Idosos** (Guadalupe & Vicente, 2012; Guadalupe, 2010).¹

Instrumentos

A **Geriatric Depression Scale GDS Short Form 15** (Yesavage et al., 1983; Almeida & Almeida, 1999) é uma versão reduzida da escala original, amplamente utilizada e validada com o objetivo de avaliar a existência de sintomas depressivos em idosos (Almeida & Almeida, 1999). A versão Portuguesa utilizada neste trabalho foi traduzida por Almeida e Almeida (1999). É constituída por 15 itens, de perguntas dicotómicas (sim/não), sendo que cada um deles pode ser pontuado 0 ou 1. A pontuação total pode oscilar entre 0 e 15. Quando a resposta é afirmativa nos itens 2-4, 6, 8-10, 12,14-15 ou negativa nos itens 1, 5, 7, 11 e 13 atribui-se um ponto. As questões que constituem esta escala são relativas à forma como o idoso tem vivido nesta última semana (Baldwin e Wild, 2004; Barroso, 2006). Relativamente à interpretação das pontuações obtidas, uma pontuação entre 0 e 5 indicam ausência de depressão e uma pontuação entre 6 e 15 indicam depressão, ou seja, quanto maior a pontuação, maior será o nível de sintomatologia depressiva (Barroso, 2006; Simões et al., 2010).

Almeida e Almeida (1999) validaram a GDS-15 e realizaram um estudo de confiabilidade de teste-reteste (com intervalo entre 48 a 72 horas) revelando a sua validade ($\alpha = 0,81$) e fidedignidade ($\kappa = 0,64$). Os resultados obtidos indicaram que a GDS-15 apresenta medidas válidas e confiáveis para o diagnóstico de sintomatologia depressiva em idosos (Almeida & Almeida, 1999).

Na presente investigação a GDS-15 apresenta um valor de alfa de Cronbach 0,813, demonstrando uma boa consistência interna.

O Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal (IARSP), numa versão para Idosos (Guadalupe, 2012) adotado especificamente para o presente protocolo de investigação, é um instrumento descritivo e multidimensional que permite recolher informação acerca da rede social pessoal do indivíduo inquirido. Este instrumento é

¹ Equipa: Cláudia Viegas, Catarina Santos, Laura Rosa, Liliana Silva, Lina Dias, Rita Matias, Sara Ribeiro, Daniela Monteiro, Paula Campos, Ana Sofia Sousa (2º Ciclo em Psicologia Clínica); Ana Oliveira, Joel Silva e Tatiana Roque (2º Ciclo em Serviço Social).

² Instrumentos incluídos, parcial ou integralmente: Inventário de Satisfação com a Reforma (Fonseca & Paúl, 1999); MHI-5 – *Mental Health Inventory* (Ribeiro, 2001); *Geriatric Depression Scale GDS Short Form 15* (Yesavage et al., 1983; Almeida & Almeida, 1999); Escala de Solidão da UCLA (Neto, 1989); SWLS – *Satisfaction With Life Scale* (Diener, 1985); *Coping Resiliente* (Sinclair & Wallston, 2003); *Easycare* (2010); WHOQOL (OMS; Canavarro et al., 2006); IARSP - Idosos (Guadalupe & Vicente, 2012).

composto por um conjunto de itens que permite caracterizar a rede quanto o tamanho, composição, durabilidade do vínculo, homo/heterogeneidade da rede, densidade, frequência de contactos, dispersão geográfica, e quanto às funções genéricas de suporte social (Guadalupe, 2010). Adicionalmente, ainda é constituído por um conjunto de questões opcionais que permitem avaliar a reciprocidade de apoio, a mudança percebida no tamanho da rede com a aposentação, as perdas, a situação com a rede e com o suporte social, os cortes relacionais e se tem cuidador. Todas as características são atribuídas (de forma aberta ou com uma escala de resposta própria) a cada um dos elementos sinalizados como membro da rede por parte do entrevistado. Assim sendo, este questionário possibilita caracterizar as redes nas suas dimensões estruturais, funcionais e contextuais (Guadalupe, 2010).

O IARSP pode ser um instrumento de autorresposta ou utilizado em situação de entrevista. No nosso estudo foi utilizado em situação de entrevista.

Sendo um instrumento descritivo que não tem um constructo unidimensional que se reúna num ou em mais fatores, não permite uma avaliação psicométrica.

Análise estatística

Para o tratamento estatístico dos dados utilizamos o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 para Windows. Os procedimentos estatísticos foram eleitos de acordo com os objetivos e hipóteses do estudo, assim como, do tipo de variáveis em causa. Os domínios estatísticos serão fundamentalmente os descritivos, correlacionais e inferencial.

Previamente à realização dos principais testes foram efetuadas análises às variáveis compreendidas no estudo, com o objetivo de averiguar a normalidade das distribuições segundo os fatores em estudo. Desta forma, foi efetuada a avaliação da normalidade da distribuição das variáveis através dos testes de Kolmogorov-Smirnov.

No nosso estudo, apesar da amostra ser maior do que 30 sujeitos, verificamos uma assimetria na distribuição das variáveis, na maioria dos casos, tendo optado mais frequentemente pela estatística não-paramétrica.

Resultados

A amostra foi subdividida em duas subamostras: (1) grupo sem sintomatologia depressiva ($GDS \leq 5$) e (2) grupo com sintomatologia depressiva ($GDS \geq 6$), tendo por base o ponto de corte 5/6 na GDS-15.

Foi analisada a associação entre as variáveis sociodemográficas e os grupos com e sem sintomatologia depressiva. Assim sendo, de acordo com a tabela 1, constata-se que os idosos do sexo feminino apresentam maior sintomatologia depressiva ($n=98$; 30,9%) face aos idosos do sexo masculino ($n=36$; 11,4%). Relativamente ao grupo etário os idosos com idades compreendidas entre os 75 anos e os 85 anos apresentam maior sintomatologia depressiva ($n=66$; 20,8%) do que os idosos com idades inferiores a 75 anos ($n=34$; 10,7%) ou superiores a 85 anos ($n=34$; 10,7%). No que diz respeito ao estado civil verificou-se que são os viúvos que apresentam maior sintomatologia depressiva ($n=64$; 20,2%). Por sua vez, os idosos casados não apresentam sintomatologia depressiva ($n=111$; 35%). Quanto à variável parentalidade/maternidade os idosos que têm filhos apresentam maior sintomatologia depressiva ($n=111$; 35%) do que os que não têm filhos ($n=23$; 7,26%). No que concerne à zona de residência e com quem vivem, os idosos que estão inseridos em aglomerado populacional e que vivem na sua casa revelam maior sintomatologia depressiva ($n=121$; 38,2%; $n=94$; 29,7% respetivamente), face aos idosos que se encontram isolados ($n=13$; 4,10%), a viverem em casa de familiares ($n=18$; 5,68%), em instituições ($n=19$; 5,99%) ou noutra situação ($n=3$; 0,95%). Relativamente ao apoio de respostas sociais, verifica-se que os idosos que não têm filhos apresentam maior sintomatologia depressiva ($n=76$; 24%) do que os que têm filhos ($n=58$; 18,3%). Quanto às habilitações, os resultados demonstram que os idosos que não sabem ler nem escrever ($n=34$; 10,7%), sabem ler e escrever ($n=25$; 7,89%) e com a 4ª classe ($n=64$; 20,2%) apresentam maior sintomatologia depressiva comparativamente com os idosos com habilitações literárias superiores (ensino preparatório ($n=4$; 1,26%), 9º ano ($n=4$; 1,26%), 12º ano ($n=2$; 0,63%) e curso superior ($n=1$; 0,31%)).

Ainda é possível verificar que, na nossa amostra existem associações estatisticamente significativas entre as variáveis sexo ($p=0,003$), idade ($p \leq 0,001$), estado civil ($p \leq 0,001$), apoio de serviços ($p=0,001$) e habilitações ($p=0,006$) com os grupos com e sem sintomatologia depressiva.

Tabela 1. Características da amostra segundo a sintomatologia depressiva.

	GDS≤5 n=183 (57,7%)	GDS≥6 n=134 (42,3%)	Total n=317 (100%)	Teste Qui- quadrado
	n (% total)	n (% total)	n (% total)	
Sexo				$\chi^2 = 8,895$
Feminino	104 (32,8)	98 (30,9)	202 (63,7)	$gl = 1$
Masculino	79 (24,9)	36 (11,4)	115 (36,3)	$p = 0,003$
Idade (grupo etário)				$\chi^2 = 25,263$
65-74	91 (28,7)	34 (10,7)	125 (39,4)	$gl = 2$
75-85	75 (23,7)	66 (20,8)	141 (44,5)	
>85	17 (5,36)	34 (10,7)	51 (16,1)	$p = 0,000$
Estado civil				$\chi^2 = 20,415$
Solteiro/a	18 (5,68)	13 (4,10)	31 (9,78)	$gl = 3$
Casado(a) ou/união facto	111 (35,0)	49 (15,5)	160 (50,5)	
Viúvo/a	47 (14,8)	64 (20,2)	111 (35,0)	$p = 0,000$
Divorciado/a ou separado/a	7 (2,21)	8 (2,52)	15 (4,73)	
Parentalidade/Maternidade				$\chi^2 = 1,679$
Não tem filhos	22 (6,94)	23 (7,26)	45 (14,2)	$gl = 1$
Tem filhos	161 (50,8)	111 (35,0)	272 (85,8)	$p = 0,195$
Zona de Residência				$\chi^2 = 1,791$
Isolada	27 (8,52)	13 (4,10)	40 (12,6)	$gl = 1$
Inserida em aglomerado populacional	156 (49,2)	121 (38,2)	277 (87,4)	$p = 0,181$
Vive				$\chi^2 = 6,215$
Na sua casa	150 (47,3)	94 (29,7)	244 (77,0)	$gl = 3$
Em casa de familiares	16 (5,05)	18 (5,68)	34 (10,7)	
Em instituição	15 (4,73)	19 (5,99)	34 (10,7)	$p = 0,102$
Outra situação	2 (0,63)	3 (0,95)	5 (1,58)	
Apoio de serviços				$\chi^2 = 11,556$
Não tem	137 (43,2)	76 (24,0)	213 (67,2)	$gl = 1$
Tem	46 (14,5)	58 (18,3)	104 (32,8)	$p = 0,001$
Habilitações				$\chi^2 = 18,236$
Não sabe ler nem escrever	24 (7,57)	34 (10,7)	58 (18,3)	$gl = 6$
Sabe ler e escrever	23 (7,26)	25 (7,89)	48 (15,1)	
4ª classe	98 (30,9)	64 (20,2)	162 (51,1)	
Ensino preparatório	8 (2,52)	4 (1,26)	12 (3,79)	$p = 0,006$
9º ano	13 (4,10)	4 (1,26)	17 (5,36)	
12º ano	6 (1,89)	2 (0,63)	8 (2,52)	
Curso superior	11 (3,47)	1 (0,31)	12 (3,79)	

Notas: n= número total de sujeitos; GDS≤5 grupo sem sintomatologia depressiva; GDS≥6 grupo com sintomatologia depressiva; χ^2 =Teste qui-quadrado; gl= graus de liberdade; p= nível de significância.

Dos resultados apresentados na tabela 2, verificamos que os idosos mais velhos apresentam maior nível de sintomatologia depressiva avaliada pela GDS (M= 5,78; DP=3,98) comparativamente com os idosos mais jovens (M=3,98; DP= 3,62), havendo diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,001$). Relativamente ao estado civil os idosos viúvos/as e divorciados/as ou separados/as têm uma média superior (M= 6,30; DP= 3,89/ M= 6,40; DP= 3,40, respetivamente) aos idosos solteiros/as e casados/as ou união de facto (M=4,81; DP= 4,07/ M=4,08; DP= 3,76, respetivamente). Averigua-se também que os idosos sem escolaridade (M= 6,33; DP= 3,95) e com apoio de serviços (M= 6,55; DP= 3,99) apresentam pontuações mais elevadas, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras ($p \leq 0,001$).

Quanto à variável parentalidade/maternidade os idosos que não têm filhos apresentam maior nível de sintomatologia depressiva (M= 5,60; DP=4,38) do que os

idosos que têm filhos ($M= 4,94$; $DP= 3,87$), não havendo diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,387$).

Tabela 2. Pontuações da GDS segundo a idade, o estado civil, a escolaridade, a paternidade/maternidade e o apoio de serviços.

Variáveis (n=317)	M	DP	Mínimo	Máximo	Teste
Idade (grupo etário)					
Idosos jovens	3,89	3,62	0	14	U= 8547,5 p= 0,000
Idosos velhos	5,78	3,98	0	15	
Estado civil					
Solteiro/a	4,81	4,07	0	15	H= 25,229 p= 0,000
Casado/a ou/união facto	4,08	3,76	0	13	
Viúvo/a	6,30	3,89	0	14	
Divorciado/a ou separado/a	6,40	3,40	0	13	
Escolaridade					
Sem escolaridade	6,33	3,95	0	15	U= 7959,5 p= 0,000
Com escolaridade	4,38	3,79	0	14	
Parentalidade/Maternidade					
Não tem filhos	5,60	4,38	0	15	U=5629 p= 0,387
Tem filhos	4,94	3,87	0	14	
Apoio de serviços					
Não tem	4,30	3,71	0	14	U= 7510,5 p= 0,000
Tem	6,55	3,99	0	15	

Notas: n= número total de sujeitos; M= Média; DP= Desvio-padrão; U= Teste Mann-Whitney; H= Teste Kruskal-Wallis; p= nível de significância.

A rede social pessoal dos inquiridos, estruturalmente apresenta um tamanho médio de 7,74 idosos (sendo o mínimo 1 e o máximo 40), ou seja, redes com 8 membros.

Relativamente ao número de campos da rede, são as relações familiares que apresentam um valor superior, com uma média de 76,46 ($DP= 27,44$), seguindo-se as relações de amizade ($M=12,78$; $DP= 20,68$). Inversamente, as que apresentam valores mais baixo são as relações de vizinhança ($M=8,72$; $DP=18,53$), as relações com os técnicos ($M= 1,51$; $DP= 5,93$) e as relações de trabalho ($M= 0,53$; $DP= 3,66$). O nível de densidade apresenta uma média muito elevada de 96,99 ($DP=9,76$), variando de 40% a 100%.

No que concerne às características funcionais, o apoio emocional apresenta uma média de 2,65 ($DP=0,41$), demonstrando que o apoio providenciado ou a ajuda percebida é “muita”. O apoio material e instrumental, e o apoio informativo apresentam uma média de 2,32 ($DP=0,50$) e de 2,35 ($DP= 0,54$), respetivamente, demonstrando que o apoio providenciado ou a ajuda percebida é “alguma”. Em termos de reciprocidade de apoio a média é de 3,33 ($DP= 0,89$), indicando os inquiridos dão “apoio a algumas destas pessoas”. A média de satisfação com a rede é de 2,80 ($DP=0,43$), verificando-se assim que os idosos inquiridos encontram-se “muito” satisfeitos com a rede.

Relativamente às características relacionais-contextuais, a frequência de contacto apresenta uma média de 2,17 ($DP= 0,95$), indicando que os elementos da rede tendem a ter contacto “algumas vezes por semana”. A dispersão geográfica (residência) apresenta uma média de 2,74 ($DP= 0,96$), demonstrando que a tendência dos elementos da rede é em

viver “na mesma terra”. Quanto à durabilidade média das relações entre os membros que compõem a rede é de aproximadamente de 40 anos.

De acordo com outras características da rede sociais pessoais dos inquiridos, é de salientar que é maioritariamente heterogénea quanto ao sexo ($n= 230$; 72,6%) e quanto à idade ($n= 191$; 60,3%).

Quanto à densidade da rede, a rede coesa é aquela que maior expressão tem na amostra ($n= 268$; 93,4%). A rede fragmentada ($n=18$; 6,3%) e a rede dispersa ($n=1$; 0,3%) são muito pouco relevantes.

Tabela 3: Características descritivas das redes sociais pessoais.

Variáveis ($n= 317$)	M	DP	Mínimo	Máximo
Características estruturais				
Tamanho da Rede	7,7382	5,61566	1,00	40,00
Número de campos da rede				
Proporção das relações familiares (%)	76,4574	27,43876	0,00	100,00
Proporção das relações de amizade (%)	12,7836	20,68062	0,00	100,00
Proporção das relações de vizinhança (%)	8,7222	18,53288	0,00	100,00
Proporção das relações de trabalho (%)	0,5259	3,65853	0,00	36,36
Proporção das relações com técnicos (%)	1,5102	5,93243	0,00	40,00
Nível de densidade (* $n=287$)	96,9922	9,75759	40,00	100,00
Características funcionais				
Apoio Emocional	2,6480	0,41404	1,00	3,00
Apoio Material e Instrumental	2,3191	0,50451	1,00	3,00
Apoio Informativo	2,3525	0,54200	1,00	3,00
Companhia Social	2,3747	0,47806	1,00	3,00
Acesso a novos vínculos	2,1702	0,63343	1,00	3,00
Reciprocidade de Apoio	3,3312	0,88985	1,00	4,00
Satisfação com a rede	2,7981	0,43239	1,00	3,00
Características relacionais-contextuais				
Frequência de contactos	2,1678	0,95351	1,00	5,00
Dispersão geográfica	2,7413	0,96492	1,00	5,00
Durabilidade da relação (em anos)	40,4369	11,75790	8,00	74,00
Outras variáveis			$n=317$	$\%=100$
Sexo na rede				
Heterogénea no género			230	72,6
Homogénea género feminino ($\geq 75\%$)			62	19,6
Homogénea género masculino ($\geq 75\%$)			25	7,9
Idade na rede				
Heterogénea na idade			191	60,3
Homogénea no grupo idoso ($\geq 75\%$)			29	9,1
Homogénea no grupo adulto ($\geq 75\%$)			95	30,0
Homogénea no grupo jovem ($\geq 75\%$)			2	0,6
Tipo de densidade da rede (*$n=287$)				
Coesa			268	93,4
Fragmentada			18	6,3
Dispersa			1	0,3

Notas: n = número total de sujeitos; M = Média; DP = Desvio-padrão; *Total $n= 287$.

Face aos valores encontrados, os idosos sem sintomatologia depressiva apresentam um tamanho de rede maior (com mais um elemento na rede) ($M=8,13$; $DP=6,07$). Também possuem maior proporção das relações de amizade ($M=13,63$; $DP=23,35$), de vizinhança ($M= 9,37$; $DP= 19,80$) e de trabalho ($M= 0,82$; $DP=4,64$), não

havendo, no entanto, diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,863$; $p= 0,971$; $p= 0,056$; respectivamente) nestas variáveis segundo as duas amostras.

É ainda de registrar que os idosos com sintomatologia depressiva têm uma maior proporção das relações familiares nas suas redes ($M= 78,40$; $DP= 25,25$) e com os técnicos ($M= 1,99$; $DP= 6,67$), assim como, maiores níveis de densidade ($M= 97,18$; $DP= 9,12$), não havendo diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,465$; $p= 0,151$; $p= 0,760$; respectivamente).

Tabela 4: Características estruturais das redes sociais pessoais segundo a GDS-15.

	GDS≤5 n= 183	GDS≥6 n= 134	Total n= 317	Mann-Whitney (U)
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
Tamanho da Rede	8,13 (6,07)	7,20 (4,88)	7,73 (5,61)	U=11473,0, $p= 0,326$
Proporção das relações familiares	75,03 (28,92)	78,40 (25,25)	76,46 (27,44)	U= 11697,0, $p= 0,465$
Proporção das relações de amizade	13,63 (23,35)	11,63 (16,36)	12,78 (20,68)	U= 12138,0, $p= 0,863$
Proporção das relações de vizinhança	9,37 (19,80)	7,84 (16,67)	8,72 (18,53)	U= 12238,0, $p= 0,971$
Proporção das relações de trabalho	0,82 (4,64)	0,12 (1,44)	0,53 (3,66)	U= 11817,5, $p= 0,056$
Proporção das relações com técnicos	1,15 (5,32)	1,99 (6,67)	1,51 (5,93)	U= 11741,0, $p= 0,151$
Nível de densidade (*n=287)	96,86 (10,19)	97,18 (9,12)	96,99 (9,76)	U= 9826,5, $p= 0,760$

Notas: n= número total de sujeitos; GDS≤5 grupo sem sintomatologia depressiva; GDS≥6 grupo com sintomatologia depressiva; M= Média; DP= Desvio-padrão; U= Teste Mann-Whitney; $p=$ nível de significância; * GDS≤5 n= 170; GDS≥6 n= 117; Total n= 287.

Os níveis de apoio emocional percebidos evidenciaram exatamente a mesma pontuação média para os dois grupos ($M= 2,65$), demonstrando que existe “muito” apoio emocional percebido, não havendo diferenças entre as subamostras ($p= 0,961$).

Os níveis de apoio material e instrumental ($M=2,37$; $DP= 0,49$), os níveis de apoio informativo ($M=2,45$; $DP= 0,49$), a companhia social ($M= 2,44$; $DP= 0,45$), o acesso a novos vínculos ($M= 2,28$; $DP= 0,60$), a reciprocidade de apoio ($M= 3,53$; $DP= 0,76$) e a satisfação com a rede ($M= 2,92$; $DP=0,28$) apresentam maior pontuação no grupo de idosos sem sintomatologia depressiva, existindo diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados permitem concluir que, neste grupo, existe “algum” nível de apoio material e instrumental percebido, “muito” nível de apoio informativo, “alguma” companhia social, assim como, “algum” acesso a novos vínculos e “muita” satisfação com a rede. Também demonstra que os idosos sem sintomatologia depressiva dão apoio à maior parte das pessoas que constituem a sua rede.

Tabela 5: Características funcionais das redes sociais pessoais segundo a GDS-15.

	GDS≤5 n= 183	GDS≥6 n= 134	Total n=317	Mann-Whitney (U)
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
Apoio Emocional	2,65 (0,42)	2,65 (0,40)	2,65 (0,41)	U= 12223,0, <i>p</i> = 0,961
Apoio Material e Instrumental	2,37 (0,49)	2,25 (0,51)	2,32 (0,50)	U= 10587,0, <i>p</i>= 0,037
Apoio Informativo	2,45 (0,49)	2,22 (0,59)	2,35 (0,54)	U= 9706,5, <i>p</i>= 0,001
Companhia Social	2,44 (0,45)	2,28 (0,50)	2,37 (0,48)	U= 9862,5, <i>p</i>=0,004
Acesso a novos vínculos	2,28 (0,60)	2,02 (0,65)	2,17 (0,63)	U= 9252,5, <i>p</i>=0,000
Reciprocidade de Apoio	3,53 (0,76)	3,06 (0,98)	3,33 (0,89)	U= 8898,5, <i>p</i>=0,000
Satisfação com a rede	2,92 (0,28)	2,63 (0,54)	2,80 (0,43)	U= 9118,5, <i>p</i>=0,000

Notas: n= número total de sujeitos; GDS≤5 grupo sem sintomatologia depressiva; GDS≥6 grupo com sintomatologia depressiva; M= Média; DP= Desvio-padrão; U= Teste Mann-Whitney; *p*= nível de significância.

Das dimensões analisadas na tabela 6, características relacionais-contextuais das redes sociais pessoais, verifica-se que os idosos pertencentes ao grupo com sintomatologia depressiva apresentam pontuações mais elevadas em todas as dimensões do que os idosos sem sintomatologia depressiva. A média na frequência de contactos é 2,27 (DP= 0,98), exprimindo assim que os contactos acontecem “algumas vezes por semana”. A média da dispersão geográfica é 2,87 (DP= 0,96), revelando assim que os elementos da rede vivem “na mesma terra” e, por fim, a média da durabilidade das relações é 41 anos (DP= 11,76). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras nas variáveis comparadas nesta tabela.

Tabela 6: Características relacionais-contextuais das redes sociais pessoais segundo a GDS-15.

	GDS≤5 n= 183	GDS≥6 n= 134	Total n= 317	Mann-Whitney (U)
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
Frequência de contactos	2,09 (0,93)	2,27 (0,98)	2,17 (0,95)	U= 10988,0, <i>p</i> =0,113
Dispersão geográfica	2,64 (0,96)	2,87 (0,96)	2,74 (0,96)	U= 10835,0, <i>p</i> = 0,077
Durabilidade da relação	40,07 (11,52)	40,93 (12,10)	40,44 (11,76)	U= 11193,5, <i>p</i> = 0,368

Notas: n= número total de sujeitos; GDS≤5 grupo sem sintomatologia depressiva; GDS≥6 grupo com sintomatologia depressiva; M= Média; DP= Desvio-padrão; U= Teste Mann-Whitney; *p*= nível de significância.

No que diz respeito à variável sexo na rede, a nossa amostra é maioritariamente heterogénea (n=230; 72,6%). Quanto à idade na rede, e tal como verificamos na variável anterior, também predomina a heterogeneidade (n=191; 60,3%).

Relativamente à densidade na rede, a nossa amostra, é essencialmente coesa (n=268; 93,4%).

Tabela 7: Características da amostra segundo a sintomatologia depressiva.

	GDS≤5 n=183 n (%)	GDS≥6 n=134 n (%)	Total n=317 n (%)	Teste Qui- quadrado
Sexo na rede				
Heterogénea no género	134 (42,3)	96 (30,3)	230 (72,6)	$\chi^2= 3,631$ $gl= 2$ $p= 0,163$
Homogénea género feminino (≥75%)	31 (9,8)	31 (9,8)	62 (19,6)	
Homogénea género masculino (≥75%)	18 (5,7)	7 (2,2)	25 (7,9)	
Idade na rede				
Heterogénea na idade	115 (36,3)	76 (24,0)	191 (60,3)	$\chi^2= 5,406$ $gl= 3$ $p= 0,144$
Homogénea no grupo idoso (≥75%)	19 (6,0)	10 (3,2)	29 (9,1)	
Homogénea no grupo adulto (≥75%)	49 (15,5)	46 (14,5)	95 (30,0)	
Homogénea no grupo jovem (≥75%)	0 (0,0)	2 (0,6)	2 (0,6)	
Densidade na rede (*n=287)				
Coesa	158 (55,1)	110 (38,3)	268 (93,4)	$\chi^2= 0,723$ $gl= 2$ $p= 0,697$
Fragmentada	11 (3,8)	7 (2,4)	18 (6,3)	
Dispersa	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,3)	

Notas: n= número total de sujeitos; GDS≤5 grupo sem sintomatologia depressiva; GDS≥6 grupo com sintomatologia depressiva; χ^2 =Teste qui-quadrado; gl= graus de liberdade; p= nível de significância; * GDS≤5 n= 170; GDS≥6 n= 117; Total n= 287.

Como é possível verificar nesta tabela (tabela 7) não existem associações estatisticamente significativas entre nenhuma variável (sexo na rede, idade na rede e densidade na rede) com os dois grupos (com e sem sintomatologia depressiva) em estudo.

Na tabela 8 constatou-se que na totalidade das associações se verifica uma correlação muito baixa ($r < 0,19$), ou seja, a GDS correlaciona-se de uma forma muito baixa com o tamanho da rede ($r = -0,071$), com a proporção das relações familiares ($r = 0,031$), de amizade ($r = -0,037$), de vizinhança ($r = -0,020$), de trabalho ($r = -0,076$) e com técnicos ($r = 0,093$), com o nível de densidade ($r = -0,065$), com o apoio emocional ($r = 0,035$), material e instrumental ($r = -0,128$) e informativo ($r = -0,233$), com a companhia social ($r = -0,194$), com o acesso a novos vínculos ($r = -0,223$), com a frequência de contactos ($r = 0,104$), com a dispersão geográfica ($r = 0,152$) e com a durabilidade da relação ($r = 0,013$).

Tabela 8: Matriz de correlação entre a escala GDS e as características das redes sociais pessoais.

		GDS
Tamanho da Rede	<i>r</i>	-0.071
Proporção das relações familiares	<i>r</i>	0.031
Proporção das relações de amizade	<i>r</i>	-0.037
Proporção das relações de vizinhança	<i>r</i>	-0.020
Proporção das relações de trabalho	<i>r</i>	-0.076
Proporção das relações com técnicos	<i>r</i>	0.093
Nível de densidade	<i>r</i>	-0.065
Apoio Emocional	<i>r</i>	0.035
Apoio Material e Instrumental	<i>r</i>	-0.128*
Apoio Informativo	<i>r</i>	-0.233**
Companhia Social	<i>r</i>	-0.194**
Acesso a novos vínculos	<i>r</i>	-0.223**
Frequência de contactos	<i>r</i>	0.104
Dispersão geográfica	<i>r</i>	0.152
Durabilidade da relação	<i>r</i>	0.013

Notas: *A correlação é significativa no nível 0,05; **A correlação é significativa no nível 0,01.

Discussão e Conclusão

No decurso do nosso estudo, propusemo-nos a estudar e a explorar a associação entre a sintomatologia depressiva e as características das redes sociais pessoais de idosos, tendo por base os resultados obtidos, o que permitiu a compreensão e o aprofundamento do conhecimento dos aspetos caracterizadores desta fase do ciclo vital.

Contudo, antes de avançar na abordagem do objetivo central do estudo, é relevante analisar e discutir algumas características descritivas da composição da nossa amostra. Assim sendo, a nossa amostra é constituída por 317 idosos com idades compreendidas entre os 65 anos e os 98 anos ($M = 77$ anos; $DP = 7,57$), predominando idosos com idades situadas no intervalo entre os 75 e os 85 anos ($n=141$), dos quais 63,7% são idosas do sexo feminino e 36,3% são do sexo masculino. Tais características encontram-se em consonância com os dados censitários mais recentes (INE, 2011), que apontam que dentro do grupo etário dos 65 anos ou mais predomina o sexo feminino (11%) face aos homens (8%), observando-se assim, a tendência atual de feminização do envelhecimento em Portugal. Contudo, esta tendência segundo Daniel (2010, p. 163) provém da “[mortalidade] diferenciada entre os sexos que origina uma relação numericamente favorável ao sexo feminino”.

Quanto ao estado civil verifica-se que os sujeitos são maioritariamente casados ou vivem em união facto (50,5%). Estas características são apoiadas pelo INE (2011), uma vez que os casados (47%) são o maior grupo na população portuguesa.

Quanto às habilitações, constata-se que a maioria completou a 4^a classe de escolaridade (51,1%). De acordo com este parâmetro, os dados do INE (2011) referem que na última década, em Portugal, a taxa de analfabetismo está tendencialmente a diminuir. Ainda se averiguou que a maioria dos idosos inquiridos tem filhos (85,8%), reside na sua casa (77,0%) e não tem apoio de respostas sociais (67,2%).

Realizada a análise inferencial, verificamos que os fatores sociodemográficos, como o sexo, idade, estado civil, habilitações e apoio de serviços se associam à sintomatologia depressiva, à exceção da ausência de filhos (as), da zona de residência e do contexto de residência (onde vive). Com a análise da prevalência da sintomatologia depressiva na nossa amostra, avaliada pela GDS-15, constatamos que as idosas do sexo feminino apresentam maior sintomatologia depressiva ($n= 98$; 30,9%) do que os idosos do sexo masculino ($n=36$; 11,4%), existindo diferenças estatisticamente significativas ($p=0,003$).

Um estudo de Faria, Barreto e Passos (2008) concluiu que a prevalência de sintomatologia depressiva dos 314 idosos inquiridos é duas vezes maior nas mulheres face aos homens (30,1% vs. 15,8%). Também no estudo de Bandeira (2008) podemos encontrar resultados semelhantes, já que dos 85 idosos analisados o sexo feminino

apresenta maior prevalência de sintomatologia depressiva do que no sexo masculino (84,4% vs. 15,6%).

Interessa ainda realçar que esta realidade se verifica também nos idosos que residem em instituições. Um estudo efetuado por Vaz (2009) com 186 idosos institucionalizados, concluiu que a prevalência de depressão é mais elevada nas mulheres do que nos homens (50,9% vs. 40,3%).

Quanto à idade, os idosos do escalão etário 75-85 anos apresentam maior sintomatologia depressiva ($n=66$; 20,8%; $p=0,000$), possivelmente devido às transformações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais inerentes ao processo de envelhecimento, mas também ao ajustamento a esse processo e às perdas de pessoas significativas, como familiares e amigos, que ocorrem nesta altura de forma mais veemente, pois trata-se da faixa correspondente às idades limite da esperança média de vida em Portugal. Referindo-se às perdas, Bailler (*in* Ilhéu, 1992, p. 47) assinala que “o envelhecer é encontrar-se confrontado por uma situação de perdas que nos deixam cada vez mais sós”. Um estudo realizado por Ferreira (2005) com 25 idosos, concluiu que os idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, 16,7% revelam sinais de depressão grave, 50% apresenta depressão moderada e 33,3% não apresentam sintomatologia depressiva, dos 75-84 anos nenhum idoso se encontra sem sintomatologia depressiva e com 85 anos ou mais todos apresentam depressão grave. Os resultados do INSA (2009) apontam que a idade está intimamente interligada ao possível sofrimento psicológico, ou seja, a idade aumenta a probabilidade de possível sofrimento psicológico. Também, os dados do INE (2009) estimam que 41% das pessoas aos 75 anos de idade inserem-se nos parâmetros de provável sofrimento psicológico. Contudo, no sentido inverso, o estudo de Bandeira (2008) concluiu que a prevalência da depressão é mais elevada no grupo de idosos mais jovens (59,38% dos 60-69 anos) do que nos grupos de idosos mais velhos (37,5% dos 70-79 anos; 3,12% acima dos 80 anos). Ainda Guadalupe (2008) num estudo numa amostra heterogénea na idade, afirma que não é possível assegurar que a idade está associada à saúde mental, apesar de se observar maior manifestação sintomática nos sujeitos mais velhos. Este facto é comprovado pelo estudo de Gonçalves, Espírito-Santo, Matreno, Fermino e Guadalupe (2012), num estudo com 300 idosos institucionalizados que conclui que a idade não afeta a correlação com os sintomas depressivos.

Relativamente à associação existente entre a variável sociodemográfica estado civil e a sintomatologia depressiva dos idosos, verificou-se que os que se encontram com maior sintomatologia depressiva são os viúvos ($n= 64$; 20,2%; $p\leq 0,001$). Um estudo longitudinal clássico de Berkman e Syme (1979), no qual avaliaram a relação entre os laços sociais e a

mortalidade em adultos de Alameda County, Califórnia, demonstrou que os indivíduos que não tinham vínculos sociais e comunitários revelavam maior tendência para morrer face aos indivíduos com amplos contactos sociais.

Para Kaplan e colaboradores (1994), existe frequentemente uma forte relação entre o estado civil e a sintomatologia depressiva. Um estudo realizado por Salgueiro (2007) considerou que acontecimentos stressantes como a viuvez podem estar relacionados com os estados depressivos. Assim, a perda do cônjuge pode levar o idoso a experienciar um enorme sofrimento e perda de esperança em relação ao futuro, pois a depressão, numa perspetiva adaptativa, é tida como uma resposta inadequada à perda (Salgueiro, 2007). Segundo Neto (1999) a ausência do cônjuge por morte significa para os idosos vários tipos de perdas, uma vez que frequentemente existe também um corte de outros laços emocionais mais significativos. Nesta perspetiva, a família é vista como uma base forte para os idosos, visto que os laços familiares são bastante importantes para que o idoso não se isole cada vez mais e perca a esperança para continuar a viver (Osborn et al., 2002).

No que concerne ao tipo de relação entre as habilitações e a sintomatologia depressiva constata-se que os idosos com habilitações mais baixas apresentam uma média superior de sintomatologia depressiva. Os estudos Ekinici e colaboradores (2004) e de Mendes-Chiloff (2006) estão em consonância com os resultados obtidos no nosso estudo afirmando que os sintomas depressivos estão intimamente relacionados com as habilitações, destacando que a prevalência da sintomatologia depressiva é tanto maior quanto menor for o nível de escolaridade. Também o estudo de Pena, Espirito-Santo, Fermino, Matreno, Maia, Lemos, Amaro, Daniel, Simões e Guadalupe (2012) com 317 idosos institucionalizados, concluiu que a escolaridade correlaciona-se com os sintomas depressivos, uma vez que os idosos que apresentam maiores sintomas depressivos são analfabetos. Neste sentido, Bjelland et al. (2008) defendem que os níveis de educação ou os fatores que refletem um nível de escolaridade superior protegem os idosos da sintomatologia depressiva.

Ainda no nosso estudo, o tipo de apoio de respostas sociais encontra-se intimamente interligado com a sintomatologia depressiva, verificando-se que os idosos que usufruem de apoio encontram-se mais deprimidos ($n=76$; 24%; $p \leq 0,001$). Neste contexto, a ida para uma instituição está muitas vezes relacionada com a perda de autonomia, de funcionalidade, do cônjuge e/ou do ambiente familiar, podendo assim, ter um impacto no desenvolvimento de sintomas depressivos (Achterberg, Pot, Kerstra & Ribbe, 2006). Martins (2008) analisou diversos estudos, dos quais concluiu que é evidente uma elevada percentagem de perturbações depressivas no idoso, no entanto, estes valores

são ainda mais elevados quando o idoso se encontra institucionalizado. Um outro estudo efetuado por Gonçalves, Espírito-Santo, Matreno, Fermino e Guadalupe (2012) com 300 idosos institucionalizados concluiu que 70% apresenta sintomas depressivos. Ainda, o estudo de Pena, Espírito-Santo, Fermino, Matreno, Maia, Lemos, Amaro, Daniel, Simões e Guadalupe (2012) com 317 idosos institucionalizados concluiu que a prevalência de depressão é elevada (67,5%). Verifica-se assim, que as prevalências encontradas pelos autores apoiam os resultados obtidos no nosso estudo.

Focalizando agora o objetivo central do nosso estudo, existe uma insinuação de uma associação assinalável entre a sintomatologia depressiva e algumas das características das redes pessoais sociais analisadas na amostra de idosos inquiridos.

Relativamente às características estruturais da rede pessoal social segundo o nível de sintomatologia depressiva, concluímos que a possível existência ou não de depressão não diferencia as redes nesta dimensão. O tamanho, a composição e a densidade não apresentam diferenças significativas entre as subamostras em comparação. Há, no entanto, uma tendência a assinalar, verificando-se que os idosos sem sintomatologia apresentam uma rede ligeiramente maior, menos densa e com uma composição menos centrada na família e mais diversa. Já os idosos com sintomatologia depressiva apresentam redes ligeiramente mais pequenas e mais coesas, apresentando maior concentração nas relações familiares e com técnicos.

Analisando a proporção dos campos relacionas na rede com as pontuações da sintomatologia depressiva, percebemos que o quadrante que apresenta média com valores superiores é o familiar ($M=78,40$). Estes dados vão ao encontro do estudo realizado por Alves, Vilela, Souza, Silva, Meira e Aguiar (2013) com 120 idosos, que concluiu que as redes sociais constituídas por familiares são as mais frequentes. Também o estudo de Esteves (2011) com pessoas portadoras de doença mental grave a residir na comunidade concluiu que as redes de suporte social dos inquiridos, a nível da sua composição e distribuição, é essencialmente familiar. Outro estudo de Guadalupe (2008), com população portuguesa, apesar da constituição da amostra não ser unicamente com idosos, permitiu também concluir que os membros da rede social pessoal são maioritariamente familiares (64%). É assim evidente que “o cuidado familiar prestado a idosos continua a ser de extrema importância para o bem-estar dos mais velhos, mesmo nas sociedades desenvolvidas atuais, onde continua a ser a família a assumir a imensa maioria das tarefas de apoio” (Tennstedt & Mckinlay, 1989, *in* Paúl, 2005, p.283).

Quanto ao tamanho da rede, os idosos com sintomatologia depressiva apresentam redes menores ($M=7,20$) face aos idosos sem sintomatologia depressiva ($M=8,13$). Este resultado leva-nos a supor que os indivíduos que apresentam sintomas depressivos

tendem a isolar-se mais, podendo ser um fator de retração da rede. Também realçam a importância do papel que a rede social pessoal pode desempenhar como estratégia de *coping* para lidar com os sentimentos depressivos, sendo que, os indivíduos em que se verifica ausência de relações interpessoais apresentam maior tendência para o desenvolvimento de perturbações depressivas (Kaplan e colaboradores, 1994). Um estudo realizado com 85 idosos por Esgalhado, Reis, Pereira e Afonso (2010) em função do tamanho da rede social, concluiu que o grupo de idosos com maior suporte social apresentava uma média ligeiramente superior de saúde mental face aos idosos com menor suporte social.

No que se refere à densidade da rede, os resultados demonstram níveis muito elevados, ou seja, quase todos ou todos os elementos estão interligados entre si. O estudo coordenado por Cabral (2013), sobre as redes interpessoais dos inquiridos com idades superiores a 50 anos, constatou que a maioria (86%) afirmou que todos os elementos da sua rede falam entre si. Contudo, apesar de apresentarem valores bastante próximos, são os idosos com sintomatologia depressiva que registam um valor superior de densidade na rede. Assim, importa esclarecer que o reconhecimento de uma rede social, *a priori*, não significa a existência de suporte social, ou seja, as redes sociais podem assumir-se como redes inócuas, dependendo da natureza e composição, não auxiliando os elementos da rede em situações de vulnerabilidade social (Guadalupe, 2010). A autora assinala ainda que as redes menos densas ou fragmentadas apresentam benefícios que facilitam a adaptação à mudança, fomentando o bem-estar dos indivíduos.

No que concerne às características funcionais da rede social pessoal, analisando todos os tipos de apoio e perante os resultados obtidos nesta dimensão, verificamos que é onde se registam mais diferenças significativas entre as subamostras. Os idosos sem sintomatologia depressiva têm uma perceção mais elevada em todos os tipos de apoio avaliados e sentem-se mais satisfeitos com a sua rede social pessoal. No entanto, no apoio emocional não existem diferenças estatisticamente significativas, apresentando tanto o grupo sem sintomatologia depressiva como o grupo com sintomatologia depressiva os mesmos valores médios percebidos, sendo também o tipo de apoio mais valorizado por ambas as subamostras. Os resultados indicam assim, que o apoio emocional é o que apresenta uma média superior, demonstrando que o apoio percebido é provido pela rede varia entre “algum” e “muito”.

Como refere Martins (2005) o apoio emocional recebido contribui para a pessoa se sentir mais amada, querida e respeitada, tornando-os mais hábeis em demonstrar amor, afeto, empatia, carinho e capazes de enfrentar os obstáculos da vida, principalmente na velhice. Mas, Ramos (2002) refere que nas situações em que os indivíduos percecionam

que recebem mais apoio do que aquele que podem retribuir, passam a sentir-se como um peso ou que devem obrigações para quem oferece o apoio, podendo assim fomentar no indivíduo possível sofrimento psicológico. O significado que o indivíduo concede à sua rede de relações sociais está intimamente ligado à avaliação que ele faz da natureza das suas relações, do grau em que o apoio fornecido pode colmatar as suas necessidades, a quantidade de elementos que pertencem à sua rede, à qualidade da relação entre os elementos e o grau de desejabilidade dos relacionamentos e das interações (Capitanini, 2000). Assim sendo, importa salientar que não basta ter uma ampla rede de relações sociais se o apoio entre os membros não for de qualidade, uma vez que a qualidade do apoio recebido é mais importante que a quantidade.

Quanto à satisfação dos idosos com a rede, os resultados demonstram que os idosos sem sintomatologia depressiva apresentam uma média superior de satisfação com a rede, indicando assim que os idosos estão “muito” satisfeitos com a sua rede social pessoal. Este resultado encontra-se em consonância com o estudo de Neto e Corte-Real (2013), que conclui uma correlação significativa entre o índice de depressão e o grau de satisfação com a rede social do idoso, ou seja, observaram que quanto mais satisfeitos os idosos estavam com a sua rede social menor eram os resultados na escala de depressão (GDS).

Relativamente às características relacionais-contextuais da rede e a sintomatologia depressiva, verificamos que quanto à frequência de contactos a média dos resultados é mais elevada no grupo de idosos com sintomatologia depressiva, indicando que os idosos se encontram “algumas vezes por semana” com os membros da sua rede. Os contactos sociais, segundo Resende et al. (2006), favorecem o relacionamento social e é uma das formas de obter um envelhecimento bem-sucedido. Também o estudo de Neril e Freire (2000) apoiam o autor supracitado, uma vez que concluíram que os relacionamentos sociais têm um papel importantíssimo para o bem-estar físico e mental dos idosos. Outro estudo coordenado por Cabral (2013) revela que a maioria dos inquiridos com idades superiores a 50 anos estabelece contactos muito regulares (63,9% diários ou 33% semanais) com os membros da sua rede interpessoal.

Ainda nas características relacionais-contextuais, relativamente à durabilidade da relação por parte dos idosos, os resultados indicam que os idosos com sintomatologia depressiva apresentam uma média mais elevada na duração das relações. Os resultados indicam que a média da durabilidade das relações dos idosos da nossa amostra é de aproximadamente 41 anos. Perante este resultado, podemos supor que apesar da durabilidade das relações o importante para o idoso é o tipo e a qualidade do apoio que é prestado pelos elementos da sua rede social pessoal, uma vez que “alivia o *stress* em

situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença” (Rodin e Salovey, 1989, *in* Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003, p. 186).

Ainda é de destacar que, no geral, os idosos da nossa amostra apresentam ausência de sintomatologia depressiva, evidenciando assim que, “a forma como envelhecemos varia de acordo com eventuais processos hereditários, diferenças individuais e, claro está, o seu meio social, físico e mental em que essa pessoa está envolvida” (Garcia, 1994, p. 8).

Também, os resultados da presente investigação devem ser discutidos tendo em consideração algumas **limitações**. Primeiramente destacam-se as dificuldades sentidas na recolha de dados, verificando-se nos participantes alguma relutância em responder aos questionários. Outra limitação a evidenciar neste estudo é o facto de os instrumentos usados não apresentarem uma linguagem acessível aos idosos com baixa ou nenhuma escolaridade, sendo assim importante a reformulação e adaptação de algumas questões ao grau de escolaridade dos participantes.

Para novas investigações acerca da temática do presente estudo aconselhamos que a recolha de dados abranja idosos em outros contextos sociais, a fim de se poder acompanhar e comparar a evolução da sintomatologia depressiva nos idosos e as suas redes sociais pessoais.

Concluindo e, tendo em consideração o exponencial aumento da população envelhecida em Portugal e a complexidade de todo o seu processo, consideramos que a investigação apresentada e as reflexões a partir dos resultados, podem contribuir para a compreensão de múltiplos fatores no processo de envelhecimento, assim como da influência dos fatores psicossociais e da importância da rede social pessoal na última fase do ciclo de vida.

Bibliografia

- Achterberg, W., Pot, A., Kerkstra, A., & Ribbe, M. (2006). Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (12), 1156-1162.
- Alexopoulos, G. S., Katz, I. R., Reynolds, C. F., Carpenter, D., & Docherty, J. P. (2001). *The expert consensus guideline series: depression in older adults*. Nova Iorque: Expert Knowledge Systems.
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em Geriatria (GDS): Versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57 (2), 421-426.
- Alves, R. M., Vilela, A. B., Souza, S. A., Silva, M. D., Meira, E. C., Aguiar, A. C. (2013). Rede de suporte social a pessoas idosas com sintomas depressivos em um município do Nordeste Brasileiro. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 5 (2), 3667-3676.
- Arias, S. V. (2009). *Sexos, género y salud: teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Baldwin, R., e Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.
- Bandeira, B. C. (2008). Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. *Revista Bras Med Fam e Com*, 4 (15), 189-204.
- Barroso, V. (2006). Orfãos geriátricos: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Acedido em 7, dezembro, 2013, em http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0091
- Beekman, A., Deeg, D. & Geerlings, R. (2001). Emergence and persistence of late life depression: a 3-year follow-up of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Affective Disorders*, 65, 131-138.
- Berkman, L. F. & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of epidemiology*, 109 (2), 186-204.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A., Tell, G., Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, 6, 1334-1345.
- Byrne, G. (2002). What happens to anxiety disorders in later life? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (1), 24-80.
- Cabral, M. V. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Guide – Artes gráficas.
- Capitanini, M. E. S (2000). *Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Campos, R. (2009). *Depressivos somos nós. Considerações sobre a Depressão a personalidade e a sintomatologia depressiva da Personalidade*. Coimbra: Almedina.

- Castilho, A. (2010). *Envelhecimento activo/Envelhecimento saudável: opinião dos idosos do Concelho de Viana do Castelo*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Chiloff, C. L. M. (2006). *Estudo da prevalência de sintomas depressivos e declínio cognitivo de idosos internados num hospital de ensino*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.
- Cirelli, G. (1990). Family support in relation to health problems of the elderly. In T.H. Brubaker(ed.), *Family relationships in later life*. Newbury Park, CA: Sage.
- Coutinho, M., Gantiès, B., Araújo, L., & Sá, R. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteiras: representações sociais entre crianças e idosos. *Revista Psico-USF*, 8 (2), 183-192.
- Copeland, J. R. (1987). Prevalence of depressive illness in the elderly community. The Journal of the Royal College of General Practitioners. *Ocasional Paper*, 36, 5-7.
- Cordeiro, D. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa, A. (2005). A Depressão nos Idosos Portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 157-176). Lisboa: Climepsi Editores.
- Daniel, F. (2010). Sete mulheres para cada homem? Uma análise sobre relações de masculinidade. *População e Sociedade*, 18, 157-167.
- Esgalhado, M. G., Reis, M., Pereira, H., Afonso, R. M. (2010). Influence of Social Support on the Psychological Well-being and Mental Health of Older Adults living in Assisted-living residences. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 267-278.
- Esteves, M. T. (2001). *Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Ekinci, M., Tortumluoglu, G., Okanli, A., & Sergin, S. (2004). The prevalence of depression in elderly living at home in eastern Turkey. Erzurum. *International Journal of Human Sciences*, 1 (1), 1-10.
- Faria, A., Barreto, S., Passos, V. (2008). Sintomatologia depressiva em idosos de um plano de saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18 (3), 175-182.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Ferrari, J., & Dalacorte, R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Revista Scientia Medica*, Porto Alegre, 17 (1), 3-8.
- Ferreira, S. (2005). Escala de depressão geriátrica (Yesavage). Dissertação de pós-licenciatura de especialização não publicada, Universidade de Aveiro, SACS.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (1ª ed.) Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 20, 277-289.
- Frumi, C. & Celich, K. (2006). O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 2 (3), 92-100.
- Garcia, A., Passos, A., Campo, A., Pinheiro, E., Barroso, F., et al. (2006). A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciência & Cognição*, VII, 111-121.

- Geerlings, M. I., Schmand, B., Braam, A. W., Jonker C., Bouter, L. M., & van Tilburg, W. (2000). Depressive symptoms and risk of Alzheimer's disease in more highly educated older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48 (9), 1092-1097.
- Gonçalves, A. R., Espirito-Santo, H., Matreno, J., Fermino, M., Guadalupe, S. (2012). *I Congresso Internacional de Gerontologia Social dos Açores – Problemática e desafios. Construção de uma nova realidade*. Universidade dos Açores, Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, Açores.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312.
- Guadalupe, S. (2000). *Singularidade das Redes e Redes da Singularidade – Rede Social Pessoal e Saúde Mental: estudo exploratório numa amostra com esquizofrénicos, deprimidos e população geral*. Dissertação de Mestrado em Família e Sistemas Sociais, Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Guadalupe, S. (2008). *A Saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico [Tese de Doutoramento em Saúde Mental]*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Guadalupe, S. (2010). *Intervenção em Rede - Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., Mondes de Oca, V (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población XXIX (77)*, 35-70.
- Hell, D. (2009). *Depressão - que sentido faz? Uma abordagem integrativa (1.ª ed.)*. Lisboa: Sete Caminhos
- Ilhéu, J. (1992). Isolamento e Solidão da População Idosa no Alentejo. *Revista de Economia e Sociologia*, 54, 22-52.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). Acedido em 7, Dezembro, 2013, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=ine_main&xpid=INE.
- INE (2011). *Censos 2011 – Resultados provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. I.P.
- INE & INSA. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., & Abrass, I. B. (2004). *Essentials of clinical geriatrics* (pp.147). New York: McGraw-Hill Companies.
- Kaplan, H., Saddock, B., & Greeb, J. (1994). *Synopsis of Psychiatry (7ª ed.)*. Baltimore: William & Wilkins.
- Kay, D. W. K., Henderson, A. S., Scott, R., Wilson, J., Rickwood, D., & Grayson, D. A. (1985). Dementia and depression among the elderly living in the hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. *Psychological Medicine*, 5, 771-788.
- Livingston, G., Hawkins, A., Graham, N., Blizzard, B., & Mann, A. (1990). The gospel oak study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. *Psychological medicine*, 20 (1), 137-146.
- Martins, R. M. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Educação, ciência e tecnologia*, 128-134.

- Martins, R. (2008). A depressão no idoso. Acedido em 9, dezembro, 2013, em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium34/>
- Medeiros, J. (2010). *Depressão no idoso*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Mendes-Chiloff, C. L. (2006). *Estudo da prevalência de sintomas depressivos e declínio cognitivo de idosos internados num hospital de ensino*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde, Orientações Estratégicas para 2004-2010*. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Neril, A. & Freire, S. (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus.
- Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: aspectos psicossociais do envelhecimento. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 297-322.
- Neto, M. J., Corte-Real, J. (2013). The elder Institutionalized: Depression and social support. *Journal of Aging & Innovation*, 2 (3), 26-41.
- Oliveira, D., Gomes, L., Oliveira, R. (2006). Prevalence of depression among the elderly population who frequent community centers. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 734-6.
- Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A. S., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2008). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Coimbra: Gabinete Editorial De Relações Públicas e Imagem da Faculdade de Medicina de Coimbra.
- Oni, O. (2010). *Social Support, Loneliness and Depression in the Elderly*. Tese de Mestrado, Department of Nursins, Queens's University, Kingston, Ontario, Canada.
- Osborn, D., Fletcher, A., Smeeth, L., Stirling, S., Nunes, M., Breeze, E., Siu-Woon, E., Bulpitt, C., Jones, D., Tulloch, A., (2002). Geriatric Depression Scale Scores in a representative sample of 14 545 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC Trial of Assessment and Management of Older People in the Community. *Int J Geriatr Psychiatry*, 17, 373-382.
- Paúl, C. (2000). Estereótipos sobre idosos. *Cidade solidária*, 5 (3), 50-56.
- Paúl, C. (2005). A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-283). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores.
- Pena, I. T., Espirito-Santo, H., Fermino, S., Matreno, J., Maia, S., Lemos, L., Amaro, H., Daniel, F., Simões, D., Guadalupe, S. (2012). *O impacto dos sintomas depressivos no défice cognitivo em idosos institucionalizados*. Proceedings of V congresso Internacional y X Nacional de Psicologia Clínica.
- Pimentel, A. (2010) *Depressão e suporte social em idosos institucionalizados: estudo com idosos residentes em lares de idosos*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Pinquant, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life. *Psychology and Aging*, 12, 600-609.
- Ramos, M. (2002). *Apoio Social e Saúde entre idosos*. Sociologias, 7.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Resende, Marineia Crosara et al. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*, 5, 1870-35X.
- Rioseco, R., Quezada, M., Ducci, M., & Torres, M. (2008). Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 147-153.
- Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Strawbridge, W. J. (1997). Does growing old increase the risk of depression?. *The American journal of psychiatry*, 154 (10), 1384-1390.
- Rocha, A. P. (2007). *O Autoconceito dos Idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Rodrigues, V., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390-399.
- Santana, A., & Filho, J. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 1 (31), 134-146.
- Salgueiro, H. (2007). *Determinantes psicossociais da depressão no idoso*. Nursing 222.
- Santos, P. F. (2002). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, C. S., Pais Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação de escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com o diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 185-204.
- Saranson, B. R., Saranson, I. G., & Pierce, G. R. (1990). *Social support: an interactional view*. New York: Wiley.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar dos idosos dependentes: diagnósticos e intervenções* (1.^a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Simões, M., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M. S., Gaspar, N., França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o rey 15-item memory test (15 IMT): estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 1 (28), 209-226.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la practica sistemica*. Barcelona: Gedisa.
- Sluzki, C. (1997). *A Rede Social na Prática Sistémica – Alternativas Terapêuticas*. Edição Casa do Psicólogo, São Paulo.
- Smalbruge, K., Jongelis, L., Pot, AM., Beekman, AT. & Eefsting, JA. (2005). *Cormobidity of depression and anxiety in nursing home patients*. Department Of Nursins Home Medicide, University Medical: Amsterdam.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família. Os Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, F. (2008). *Depressão e Actividades de Vida Diária no Idoso*. Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. & Costa, J. (2002). Depressão no idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Revista Motriz*, 8, 91-98.
- Sutcliffe, C., Burns, A., Challis, D., Mozley, C. G., Cordingley, L., Bagley, H., & Huxley, P. (2007). Depressive mood, cognitive impairment, and survival in older people

admitted to care homes in England. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(8), 708-715.

- Skarsater, I., Langius, A., Agren, H., Haggstrom, L. & Dencker, K. (2005). Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health. Nursing*, 14, 258-264.
- Vaz, S. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado - Estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto.
- Veras, R. P., & Murphy, E. (1994). The mental health of older people in Rio de Janeiro. *International journal of geriatric psychiatry*, 9 (4), 285-295.